

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА

Настоящее Добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, _____, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить гигиенист стоматологический/врач-стоматолог _____.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, (ФИО) _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (ФИО, дата рождения) _____

или лица, признанного недееспособным (ФИО, дата рождения): _____

В исключительных случаях стоматологическая клиника оставляет за собой право произвести замену гигиениста стоматологического/врача-стоматолога, предварительно уведомив меня об этом.

2. Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна следующая информация о сути данной процедуры.

- 2.1. Необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом.
- 2.2. Возможные альтернативные варианты, в том числе отказ от проведения профессиональной гигиены.
- 2.3. Возможность, в результате проведения гигиенической чистки, осветления зубов до естественного цвета, так как данная процедура не является отбеливающей.
- 2.4. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены, а именно: прогрессирующее заболевание пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета.
- 2.5. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно:
 - 2.5.1. в процессе лечения: дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей, кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней, выпадение дефектных пломб, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;
 - 2.5.2. после лечения: повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

3. Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки, в том числе курение табака).

4. Мне названы и со мной согласованы:

- 4.1. методы и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур;
- 4.2. сроки проведения процедур;
- 4.3. стоимость процедур. При этом мне известно, что в процессе процедуры может выявиться дополнительный объем работы, в связи с чем стоимость может повыситься. Гигиенист стоматологический/врач-стоматолог предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом в запланированные сроки.

5. Мне сообщено и понятно, что для эффективности процедуры могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

5.1. консультация стоматологов иного профиля: _____;

5.2. консультация врачей общего медицинского профиля: _____

Мною были заданы гигиенисту стоматологическому/врачу-стоматологу интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

**Подпись законного представителя несовершеннолетнего пациента,
не достигшего 15 лет:** _____ / _____

(Мать, отец, опекун – нужное подчеркнуть) (Ф.И.О. полностью)

Подпись пациента: _____ / _____
(Ф.И.О. полностью)

Подпись врача/гигиениста стоматологического: _____ / _____
(Ф.И.О. полностью)

« _____ » _____ 20__ г.
(дата подписи)

Для повторных обращений:

№ п.п.		Дата	Диагноз	Ф.И.О. врача, подпись	Ф.И.О. пациента, подпись
1	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
2	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
3	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
4	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
5	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
6	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
7	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			